

acompanhamento da titulação anti-c, que chegou a 2048, sendo então orientado à equipe assistente pela hematologista do serviço de hemoterapia, sobre o aumento da titulação e necessidade de acompanhamento ultrassonográfico para sinais de hidropsia fetal. Devido a gestação de risco foi indicada a interrupção da gestação em IG 34+6, com RN em regular estado geral, pálido, icterico zona 3, presença de hepatomegalia e esplenomegalia, disfunção ventilatória e sepse neonatal. No primeiro dia foi realizado transfusão simples e um procedimento de exsanguíneo transfusão e no segundo dia necessitou de mais um procedimento de exsanguíneo transfusão. A incompatibilidade materno-fetal por aloanticorpo anti-c foi confirmada através de fenotipagem eritrocitária do RN, que apresentou antígeno c positivo. Também foi sugerida a realização de estudo imuno-hematológico do parceiro da paciente relatada, para orientações futuras. Após 15 dias de internação, RN recebeu alta hospitalar e seguiu com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A DHPN afeta 1/300 a 1/600 nascidos vivos, sendo que até 1 em 80 mulheres grávidas têm aloanticorpos de hemácias clinicamente relevantes. Mais de 50 antígenos diferentes podem ser responsáveis pela DHPN, sendo os mais potentes D, K e c (Venkatachala, et al. 2021). Devido a falta de profilaxia disponível para o antígeno c, quando este está envolvido, ocorre DHPN grave. O sistema imunológico tem uma memória para que mulheres aloimunizadas desenvolvam uma resposta imune mais eficiente para repetir a exposição ao mesmo antígeno de hemácias em uma gravidez futura, com DHPN esperado para ocorrer mais cedo e com maior gravidade (Castleman, et al. 2020). **Conclusão:** É essencial que seja de conhecimento multiprofissional que a DHPN não ocorre apenas por aloanticorpos anti-D, sendo necessária a comunicação direta entre as equipes de obstetras, neonatologistas, anestesistas e hematologistas para um manejo adequado da gestante e do RN, visto que a DHPN está associada a um risco aumentado de morbimortalidade perinatal, tanto pela prematuridade quanto pelos efeitos diretos da anemia e hiperbilirrubinemia. O serviço de hemoterapia precisa estar preparado com bolsas previamente selecionadas para os casos em que se faz necessário o procedimento de exsanguíneo transfusão decorrentes de aloimunização que não seja pelo clássico anti-D. Reforçar assim a indicação de pelo menos um estudo imuno-hematológico em todas as gestantes, independentemente do grupo sanguíneo RhD e nos casos de histórico de aborto prévio.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1384>

DIFICULDADES DA HEMORREDE NO FORNECIMENTO DE PLASMA PARA FRACIONAMENTO INDUSTRIAL

RG Bastos, ES Silva, GA Nascimento,
RCA Aguiar, LA Dantas, FB Monteiro,
MPR Lima, SM Oliveira

Empresa Brasileira de Hemoderivados e
Biotecnologia (Hemobrás), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), a partir da Portaria 1.710/2020 retomou as atividades para qualificação da hemorrede com a realização das auditorias, ampliação da captação de plasma excedente e produção de hemoderivados. A auditoria dos fornecedores de plasma é uma avaliação sistemática do atendimento dos processos às regulamentações em consonância com o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, com as Boas Práticas do Ciclo do Sangue e com as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos Hemoderivados. Nessas visitas de qualificação é utilizado como instrumento um *check-list* com diversos itens a serem avaliados, por meio dos quais é verificado se os serviços cumprem as normas sanitárias e os requisitos de produção do fracionador quanto a seleção de doadores, coleta, processamento, estocagem, transporte de hemocomponentes, controle de qualidade e triagem laboratorial relativos à produção de plasma. Além de identificar a aptidão dos Serviços de Hemoterapia brasileiros a fornecer plasma para fracionamento industrial, as auditorias de qualificação dos fornecedores de plasmas têm como objetivo a obtenção de evidências para promover a melhoria contínua da hemorrede. **Objetivo:** Identificar as principais dificuldades enfrentadas/apontadas pelos serviços de hemoterapia para o fornecimento do plasma excedente do uso transfusional à Hemobrás. **Material e métodos:** Análise descritiva dos relatórios das auditorias de qualificação da Hemorrede e respostas fornecidas por esses serviços através de formulário enviado pela Hemobrás para levantamento de informações. **Resultados:** Os principais entraves identificados/apontados foram agrupados e estão descritos a seguir: capacidade insuficiente de congelamento e armazenamento de plasma (43%); limitação de recursos humanos (17%); adequação do sistema informatizado (15%); equipamentos obsoletos (9%); necessidade de um sistema para monitoramento contínuo de temperatura (8%) e dificuldade na aquisição de serviço para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos (8%). Necessidades específicas também foram citadas como, por exemplo, manutenção corretiva dos elevadores em serviço no qual o estoque de plasma fica armazenado no terceiro andar, aquisição de *loggers* para validação do congelamento de plasma, incremento do parque tecnológico e implementação do controle de qualidade do hemocomponente. **Conclusão:** As informações dos relatórios e os dados informados pelos serviços de hemoterapia permitiram identificar as principais dificuldades que precisam ser solucionadas, além de servirem como instrumento das ações em busca das melhorias necessárias. Foi possível identificar que o principal entrave para a ampliação na disponibilidade do plasma industrial à Hemobrás é a capacidade insuficiente de congelamento e armazenamento de plasma, seguido da necessidade de adequação do sistema informatizado e da limitação de recursos humanos. Dessa forma, fica evidente a necessidade de investimentos na hemorrede para que, juntos com a Hemobrás e Ministério da Saúde, os serviços de hemoterapia do país consigam contribuir de forma efetiva para a produção de medicamentos hemoderivados obtidos a partir do plasma brasileiro a serem disponibilizados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1385>